

ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1-ая городская клиническая больница
г.Витебск

Артериальная гипертензия (АГ) является чрезвычайно широко распространенным заболеванием, приобретшим в настоящее время характер пандемии. Так, по данным Российского Центра профилактической медицины, в Российской Федерации 41,1% женщин и 39,2% мужчин старше 18 лет имеют АГ. [2].

Из данных мета-анализа, суммировавшего 17 исследований, включивших 47653 больных с АГ следует, что даже умеренное снижение артериального давления (диастолического ниже 90 мм. рт. ст. и в среднем на 6,5 мм. рт. ст., систолического на 16 мм. рт. ст.) позволяет на 38% снизить риск развития инсультов, на 16% - ишемической болезни сердца (ИБС) и на 21% - общей смертности (P.Hebert, 1993) [3].

Лечение АГ должно быть длительным, часто пожизненным, непрерывным и обязательно включать, наряду с лекарственной терапией, немедикаментозные методы – так называемые мероприятия по изменению образа жизни [8].

Немедикаментозные методы включают в себя отказ от курения, снижение массы тела, снижение потребления алкоголя, увеличение физических нагрузок, снижение потребления поваренной соли, комплексное изменение режима питания (увеличение приема растительной пищи (фруктов, овощей, зерновых), рыбы, уменьшение употребления насыщенных жиров.

Однако, при недостаточной эффективности немедикаментозного лечения, а также наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений АГ необходимо назначение антигипертензивных препаратов.

Современная фармакотерапия АГ базируется на применении 5 классов антигипертензивных препаратов:

1. Тиазидные (тиазидоподобные) диуретики;
2. β -адреноблокаторы;
3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
4. Блокаторы рецепторов к ангиотензину II;
5. Антагонисты кальция (блокаторы медленных кальциевых каналов).

До недавнего времени в рекомендациях ВОЗ/МОАГ приводился еще один класс – α_1 -адреноблокаторы. Однако, после опубликования в декабре 2002 года результатов исследования ALLHAT [5] отношение к этому классу препаратов изменилось, поскольку ветвь исследования, посвященная α_1 -адреноблокатору доксазозину была прекращена досрочно из-за достоверного повышения риска развития сердечной недостаточности (на 104%) и общего числа сердечно-сосудистых осложнений (на 25%). Не оправдали возлагавшихся на них ожиданий и агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин). Считаются неэффективными и имеющими чрезмерное количество отрицательных побочных эффектов «старые» антигипертензивные средства такие, как резерпин, дибазол и клофелин. Хотя последний, к сожалению, еще широко применяется у нас из-за дешевизны и «синдрома отмены» и может быть использован для купирования ситуативных подъёмов артериального давления и неосложненных гипертонических кризов [1,4,6].

При лечении артериальной гипертензии следует соблюдать следующие условия:

- начало лечения со средних доз одного средства;
- переход к лекарственным средствам другого класса при недостаточном эффекте терапии (после увеличения дозы первого средства) или плохой переносимости. Интервал между ступенями не должен быть менее 4 недель, если только не требуется более быстрое снижение АД;
- использование лекарственных форм длительного действия для достижения 24-часового эффекта при однократном приеме;
- использование оптимальных сочетаний препаратов:

- диуретик + β -адреноблокатор;
- диуретик + ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II;
- антагонист кальция (дигидропиридины) + β -адреноблокатор;

потензивных препаратов и индивидуальных особенностей пациента вполне реально подобрать эффективную лекарственную терапию АГ экономически не обременительную даже для самых небогатых пациентов.

Таблица

Рекомендации по выбору гипотензивных средств:

Группа препаратов	Обязательные показания	Возможные показания	Обязательные противопоказания	Возможные противопоказания
Диуретики: тиазидные и тиазидоподобные- хлорталидон. (оксадолин)	Сердечная недостаточность Пожилые люди Систолическая гипертензия	Диабет	Подагра	Дислипидемия Мужчины, ведущие половую жизнь
β -адреноблокаторы :atenолол,бетаксолол, метопролол, небиволол.	Стенокардия Острый инфаркт миокарда Тахикардия	Сердечная недостаточность Беременность Диабет	Астма и ХОЗЛ А/V-блокада II-III ст.	Дислипидемия Спортсмены и физически активные люди Поражение периферических сосудов
Ингибиторы АПФ: каптоприл,эналаприл, лизиноприл,раминоприл, квинаприл,фозинаприл.	Сердечная недостаточность Диастолическая дисфункция левого желудочка Острый инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия	-	Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	-
Антагонисты кальция : нифедипин, нитроглицерин, дилтиазем, верапамил, амлодипин, лацидипин.	Стенокардия Пожилые люди Систолическая гипертензия	Поражение периферических сосудов	А/V-блокада II-III степени	Застойная сердечная недостаточность
Антагон ангиотензина-II: лозартан, вальсартан, эпросартан, ирбесартан, эпресартан, ольме сартан.	Кашель при лечении ингибиторами АПФ	Сердечная недостаточность	Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий	-

- антагонист кальция + ингибитор АПФ;
- лечение должно быть постоянным, курсовой прием препаратов недопустим.

Эффективное лечение АГ требует не только правильного с медицинской точки зрения назначения лекарственных препаратов, но и учета экономических возможностей пациента. При грамотной оценке гипотензивных свойств ЛС и их фармакодинамики, учете возможностей комбинации ги-

На сегодняшний день отечественные производители ЛС предлагают широкий спектр высококачественных препаратов для лечения гипертонической болезни. Они доступны для потребителя так как имеют невысокую цену и широко представлены в государственной и негосударственной аптечной сети Республики.

ЛС гипотензивного ряда представлены в ассортименте белорусских производителей

Борисовский завод медпрепаратов, ОАО Белмедпрепараты, Минскинтеркапс.

Наиболее широкий ассортимент гипотензивных средств у совместного беларуско-голландского предприятия ФАРМЛЭНД, которое выпускает такие препараты, как эналаприл, каптоприл, дилтиазем, атенолол, винпоцетин в различных дозировках, а так же дигоксин и пирацетам для лечения сердечно сосудистых заболеваний и гипертонической болезни.

СП Фармлэнд выпускает так же пирацетам и винпоцетин в инфузионной форме по 100 мл для внутривенного введения.

Лекарственные средства изготавливаются на Фармлэнде из высококачественных субстанций, привезенных из Голландии, в условиях приближенным к GMP. Лекарственные средства, произведенные в Белоруссии, фасуются в недорогую упаковку и поэтому имеют доступную цену. Приобрести данные препараты аптеки республики могут не только на аптечном складе, но и на самом предприятии с минимальной торговой надбавкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мареев В.Ю., Беленков Ю. Должны ли измениться взгляды российских врачей на принципы лечения АГ в свете результатов исследования ALLHAT. Сердце 2003 №1 с.44-56.
2. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ1). Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации. Русский медицинский журнал 2000. №8 с.318-348
3. Hebert PR. Moser M. Mayer J. Glynn RJ. Hennekens CH. Recent evidence on drug therapy of mild to moderate hypertension and decreased risk of coronary heart disease. Arch Intern Med. 1993. Mar 8. 153(5): 578-81
4. The ALLHAT officers and coordinators. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxa-

zosin vs. chlorthalidone. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). JAMA 2000;283:1967-1975

5. The ALLHAT officers and coordinators. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitor of calcium channel blocker vs. diuretic. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). JAMA 2002;288: 2981-2997
6. Pahor M. Bual. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomized controlled trials. Lancet 200. 356:1949-54
7. Psaty BM. Heckbert SR. Roepseil TD. Et al. The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies. JAMA 1995; 275.620-625
8. World Health Organization-International Society of Hypertension. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee. J Hypertens 1999. 17: 151-183